至　事業所健保窓口経由　三井住友トラスト・グループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定伺		法定	円
			支給金額	円	付加	円
			支給決定日	年　月　日	被扶養者資格確認	

被保険者　療養費
家族　療養付加金　支給申請書(治療用装具等)

被保険者の記入欄

被保険者証	記号	○○○○	被保険者氏名	健保　太郎
	番号	○○○○○○		
傷病名	□□□□□□		発病又は負傷の年月日	△△年△△月△△日
発病又は負傷の原因傷病の経過	□□□□□□□□□□□□			
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 □□□□□□□□□□□□ 氏名 □□□□□□□□□□□□		所在地	□□□□□□□□□□□□
診療又は手当の内容	□□□□□□		入院期間	自　年　月　日 至　年　月　日
			コルセット装着日	△△年△△月△△日
診療又は手当を受けた期間	自 △△年△△月△△日 至 △△年△△月△△日	○ 日間	診療又は手当に要した費用の額	○○,○○○ 円

療養費支給申請理由(いずれかに○)	理由	必要書類(添付書類は原本をご提出ください。)
	① 靴型・足底装具 同一装具について、 初回申請・前回申請日(　年　月)	⇒「医師の証明書」・「領収書(装具等の明細が記載されたもの)」 「当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認ができるもの)」 「当該装具の説明書等(写で可)」(⇒既製品の場合)
	② 上記以外 同一装具について、 初回申請・前回申請日(　年　月)	⇒「医師の証明書」・「領収書(装具等の明細が記載されたもの)」(*1)
	③ 小児弱視等の治療用眼鏡の購入 ↓　(※給付額の上限あり) 初回申請・前回申請日(　年　月)	⇒「保険医の治療用眼鏡等の作成指示書」・「検査結果」 「領収書」

第三者の行為による負傷ですか？	はい　いいえ	「はい」の場合健保への届出の有無	有　無	無の場合「第三者行為による傷病届」等の提出が必要です。健保までご連絡ください。

被扶養者に関する申請のとき	氏名	健保　二郎	生年月日	昭 平 令 △△年△△月△△日	被保険者との続柄	長男

上記のとおり申請します。
なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*2)
資格喪失後は下記の口座(*3)に振り込み依頼します。

△△年△△月△△日

三井住友トラスト・グループ健康保険組合　御中

〒○○○-○○○○○

住所　□□□□□□□□□□□□

被保険者の　氏名　健保　太郎

電話　○○－○○○○－○○○○

(*3)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)

振込希望口座(被保険者名義)	▽▽▽ 銀行　▽▽▽ 支店	普通預金 No. ○○○○○○○	口座名義(フリガナ) ケンポ タロウ 健保　太郎

(*1)後日当組合より写真、説明書等の追加書類のご提出をお願いする場合があります。
(*2)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

受付日	支払日

健康保険組合　AK-019-02　5年　2022.04